UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 65

Bilan d'une Année de Chirurgie Digestive dans le Service de Clinique Chirurgicale et du Cancer de Toulouse

THÈSE

Pour le Doctorat de Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

JEAN LABEDAN

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING — *Président.*

GRIMOUD, MARQUES, RIEUNAUD — *Assesseurs.*

LAPORTE — *Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE MODERNE

22 rue Sainte-Ursule, 22

—

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549601_0100

Bilan d'une année de chirurgie digestive dans le service de clinique chirurgicale et du cancer de Toulouse

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
DOYEN	LEFEBVRE.
ASSESSEUR	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL.	MM. MÉRIEL.	MM. GARIPUY.
LAFFORGUE.	CLERMONT.	RIBAUT.
	SERR.	VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiosologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose	MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.)
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Histologie et Embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie Chirurgicale	GRIMOUD.
Stomatologie	CADENAT.
Professeur à titre personnel	BAISSET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

	M.
Anatomie	COULOUMA.

MAITRES DE CONFERENCES

AGREGES

	MM.
Anatomie	POULHÈS.
Histologie	BIMES.
Sciences naturelles	BOUISSET.
Pharmacie	COUTURIER.
	Mmes
Botanique	DULUCQ-MATHOU.
Bactériologie	ENJALBERT.
	MM.
Chimie Biologique	POLONOVSKI.
Physique médicale	AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.

AGREGES

	MM.
Médecine	DARNAUD.
	GÉRAUD.
	DARDENNE.
	LAPORTE (J.)
	BAUDOT.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Physique médicale	MARQUÈS.
Obstétrique	PONTONNIE.
Chirurgie	RIEUNAU.
	DIEULAFÉ.
	DAMBRIN (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Urologie	LHEZ.

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.)
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie	
Législation pharmaceutique	BAZEX.
	BOUISSET.
Tuberculose	MOREL.
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitoligie	BAUDOT.
	Mme
Cryptogamie	DULUCQ-MATHOU.
	MM.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurg.	THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)	BAISSET.
Pharmacodynamie (Pha.)	CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUIER.
Physiologie	COLOMBIES.
Psychiatrie	GAYRAL.
Urologie	LHEZ.

Secrétaire de la Faculté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1951 N° 65

Bilan d'une Année de Chirurgie Digestive dans le Service de Clinique Chirurgicale et du Cancer de Toulouse

THÈSE

Pour le Doctorat de Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

JEAN LABEDAN

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING — *Président.*
GRIMOUD
MARQUES — *Assesseurs.*
RIEUNAUD
LAPORTE — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22 rue Sainte-Ursule, 22

1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

AU SOUVENIR DE MA MERE

Qui restera pour moi la plus chère des évocations.

AU SOUVENIR DE MA MARRAINE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA FEMME

A MON PERE

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE COMBAT
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Directeur Honoraire du Centre Régional Anticancéreux

Chirurgien des Hôpitaux

Avec nos sentiments profondément respectueux, nous le remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur GRIMOUD
Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur MARQUES
Professeur Agrégé
Electro-Radiologiste Honoraire des Hôpitaux
Directeur du Centre Régional Anticancéreux

Monsieur le Professeur RIEUNAUD
Professeur Agrégé

Monsieur le Professeur LAPORTE
Professeur Agrégé

A Monsieur le Docteur LAPEYRERE

Chef de Clinique à la Faculté

Qui nous a guidé et conseillé dans l'élaboration de ce travail, notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur MICHALSKI

Médecin Résident à l'Hôpital d'Auch

Qui guida mes premiers pas dans les salles d'hôpitaux et m'entoura toujours des conseils les plus avertis, ma profonde affection.

A Monsieur le Docteur LESTRADE

Ex-Chef de Clinique à la Faculté

Qui s'est toujours intéressé à mes études, sentiments très reconnaissants.

A Monsieur le Docteur ANGELE

Qui a su me faire profiter d'une longue expérience médicale, j'offre ma respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur LOUPS

Avec ma très grande amitié.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'AUCH

INTRODUCTION

Les progrès réalisés en chirurgie digestive au cours des trois dernières années, sont d'une importance qui mérite d'être soulignée. Les techniques chirurgicales sont devenues plus minutieuses et plus précises, les indications opératoires ont été plus rigoureuses et plus larges.

Dans un rapide tour d'horizon, nous notons plusieurs points dominants :

1° *Le traitement chirurgical des affections œsophagiennes (cancers et diverticules) est définitivement rentré dans la pratique.*

2° *La chirurgie de l'ulcère de l'estomac, est devenue anodine et quotidienne. L'exérèse large ou élargie du cancer de l'estomac est actuellement réalisable.*

3° *La chirurgie colique, longtemps décevante et meurtrière, malgré la multiplication des temps opératoires est actuellement très souvent pratiquée en un seul temps, avec un minimum de risques.*

4° Grâce à la radiomanométrie per opératoire, les affections biliopancréatiques comportent des indications thérapeutiques plus précises, ouvrant la voie aux interventions à visée physiologique.

Il est juste de préciser que le nouvel essor de la chirurgie digestive est aussi le fruit d'une étude attentive du malade et des déséquilibres humoraux qu'il présente ; de la qualité de l'anesthésie-réanimation moderne ; enfin de la sécurité apportée par les antibiotiques actuels.

En contre-partie, le travail en équipe chirurgicale, est devenu une impérieuse nécessité. L'opérateur peut parvenir au succès dans les cas les plus difficiles, grâce à l'aide constante des réanimateurs-anesthésistes, biologistes, infirmières spécialisées qui l'entourent.

Nous nous proposons de rapporter ici le bilan d'une année de « chirurgie digestive » à la clinique chirurgicale et du cancer de Toulouse. Il ne s'agit donc pas, de présenter les résultats de toute l'activité chirurgicale d'un grand service ; mais nous nous limiterons aux seules interventions intéressant l'appareil digestif. Ce que peut avoir de restrictif le titre choisi pour ce travail, soulève immédiatement, cette question qui n'a jamais autant été d'actualité : la question de la spécialisation chirurgicale.

Nous étudierons successivement :

a) *La tendance actuelle de la chirurgie.*

b) *Les généralités sur la chirurgie digestive.*

c) *Le bilan d'une année de chirurgie digestive.*

Puis, après, en tableaux récapitulatifs, nous présenterons les enseignements qui se dégagent de notre étude, avec les facteurs de progrès en chirurgie.

PREMIER CHAPITRE

TENDANCE ACTUELLE DE LA CHIRURGIE

L'époque actuelle est, dans tous les domaines, marquée par la recherche d'une technique plus poussée, par l'emploi d'instruments de précision de plus en plus perfectionnés.

Depuis longtemps déjà, la médecine a ses spécialistes ; l'omnipraticien ne pouvant prétendre connaître tout parfaitement (à moins d'être comme ce médecin de l'Hérault, cité par M. le Professeur SENDRAIL dans une de ses conférences, et qui, sur sa plaque s'intitulait spécialiste en toutes spécialités). Il fera appel au neurologue, à l'oto-rhino-laryngologiste, à l'ophtalmologiste, au biochimiste..., etc...

Mais le domaine de la chirurgie n'étant pas moins vaste, sa scission est devenue inévitable, la nécessité de la spécialisation s'est imposée.

Dans son discours d'ouverture de la séance du lundi 6 octobre 1947, M. le Professeur BAUMGARTNER, Président du Congrès Français de chirurgie déclarait :

« La question de la spécialisation se pose dans sa pressante actualité. Le temps est révolu où la main qui maniait avec prestesse le couteau à amputation, était prête à saisir, tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore le forceps. Elle préoccupait déjà les esprits et était débattue, à la fin du dernier siècle. En 1886 OLLIER l'exposait dans son discours inaugural au deuxième congrès français de chirurgie : « La vieille querelle entre les spécialistes et les partisans de l'enseignement encyclopédique n'est pas encore éteinte chez nous... Quels que soient les dangers d'une division trop grande et surtout trop hâtive de l'art chirurgical, il suffit de regarder autour de nous pour comprendre combien certaines branches de la chirurgie ont gagné à être l'objet d'une culture éclectique... La division du travail s'impose à nous comme une nécessité ; à mesure que notre champ s'étend et que la culture en devient plus difficile, il nous faut des ouvriers spéciaux ».

Ainsi peu à peu différentes spécialités vont se détacher de la chirurgie générale. Tout d'abord l'ophtalmologie : une chaire d'ophtalmologie est crée à Paris, en 1879 sous l'influence de CHARCOT.

MOURE de Bordeaux fonde en 1881 la Société d'oto-rhino-laryngologie. De même peu à peu l'urologie, l'orthopédie, la gynécologie, la chirurgie infantile, quoique plus étroitement liées à la chirurgie générale tendent vers leur émancipation. L'orthopédie a des services distincts dans tous les

grands centres. La traumatologie, qui traite des lésions des os, des muscles, des nerfs, à la suite d'accidents, doit aussi être isolée ; elle ne peut en effet se passer des centres très spécialisés, que sont les centres rééducatifs.

Toute récente est l'organisation en centre spécialisé de la Neuro-chirurgie ; puisque encore en 1947, Georges GUILLAIN dans une communication à l'Académie de Médecine protestait appuyé de toute l'autorité de Clovis VINCENT, sur le défaut d'organisation de la Neuro-Chirurgie en France Et pourtant, il est indéniable que la Neuro-Chirurgie exige une éducation neurologique très poussée, des services pourvus d'une instrumentation compliquée, un personnel stable, des équipes habituées à travailler ensemble. Comment arriver à résoudre ces multiples problèmes, si on ne crée pas de centres, où il ne sera pratiqué que des interventions de Neuro-Chirurgie ?

La Chirurgie Thoracique a elle aussi pris en quelques années un essor impressionnant : Affections pulmonaires, Affections chirurgicales du cœur et des gros vaisseaux...

Les avantages de cette évolution de la chirurgie générale vers la chirurgie spécialisée sont réels : elle permet en effet de réunir en un même centre, un matériel complet, des laboratoires pour les recherches biologiques, et l'expérimentation nécessaire.

Mais ce ne serait là que peu de chose ; il y a en effet beaucoup plus à attendre de cette évolution ; et c'est surtout au travail en équipe quelle doit aboutir. Pour approfondir la recherche, le travail isolé est beaucoup moins productif, beaucoup moins riche que le travail en collaboration : Médecins, physiologues, radiologues, anesthésistes..., doivent apporter leur part, leur pierre à la construction de l'édifice, à sa modernisation ; tous, à leur échelle, doivent par leur travail, par leurs idées, rendre plus belle l'œuvre commune, en concentrant leurs efforts sur un même problème.

M. le Professeur BAUMGARTNER dans l'article déjà cité écrivait : « Nous devons reconnaître, que les plus récents progrès accomplis en chirurgie, proviennent de services réunissant le matériel et le personnel spécialisés, où le travail en équipe est la règle ».

Mais si cette tendance vers une spécialisation de la chirurgie est souhaitable, elle ne va pas se réaliser sans soulever de nombreux problèmes, de multiples objections, que nous ne pouvons toutes envisager ici. M. le Professeur DUCUING dans un article du « Sud Médical et Chirurgical » du 31 octobre 1950 intitulé : « Tendance et directive dans un service de clinique chirurgicale » nous donne sa position devant ce problème.

« Quelques-uns résistent encore par incompréhension du progrès, par excès d'énergie ou par

orgueil, à l'évolution de la chirurgie moderne, mais ils succomberont sous le poids des connaissances qu'il faudrait acquérir à un omni-chirurgien pour accomplir ce travail de géant.

Des « départements » s'organisent dans chaque service. Certains d'entre eux, comme des pseudopodes ne sont plus rattachés que par un pédicule étroit, au « service mère », d'autres en sont déjà à peu près séparés... De toutes façons, il y a un gros décalage entre les réalisations que nous permet de réaliser la meilleure des Administrations hospitalières et ce que nous devrions faire.

Mon service, comme tant d'autres, se débat dans cette impasse. Mais je défends l'esprit d'évolution, j'ai le souci du progrès, et le désir de faire toujours mieux pour le malade. J'ai des collaborateurs travailleurs, compréhensifs, dévoués et je suis heureux d'être dépassé par mes élèves dans chacune des branches où je les ai dirigés. L'Administration des Hospices de Toulouse n'est pas arriérée.

Déjà la Neuro-Chirurgie régionale, née dans mon service il y a près de 20 ans sous l'impulsion du Pr. RISER et de moi-même, vole de ses propres ailes. Déjà la chirurgie du poumon marche d'une façon à peu près autonome et j'organise un laboratoire de physiologie cardio-respiratoire clinique. Bientôt l'orthopédie et la traumatologie se détacheront probablement de mon service comme elles l'ont déjà fait à Paris.

Je garde néanmoins pour l'heure :

— Un grand département de chirurgie générale, de gynécologie et de chirurgie du corps thyroïde.

— Un département de chirurgie digestive et biliaire.

—Un département de chirurgie ostéo-articulaire et réparatrice.

— Un département de chirurgie vasculaire.

Enfin, j'ai adjoint à mon service un Institut d'anesthésie-réanimation et un service de chirurgie expérimentale ».

DEUXIÈME CHAPITRE

GENERALITES SUR LA CHIRURGIE DIGESTIVE

Qu'elle est la place de la chirurgie digestive dans la vaste question, de la spécialisation chirurgicale ? Un article de M. le Professeur SOUPAULT extrait de la revue de chirurgie de mai-juin 1951 est tout à fait significatif à cet égard. Cet article est intitulé en effet : « Essai sur un enseignement spécialisé de la chirurgie abdominale ».

M. R. SOUPAULT écrit : « Alors que l'urologie, l'orthopédie, la neuro-chirurgie, la gynécologie, ont aisément pris rang et titre de discipline distincte avec des préceptes, une technique, une thérapeutique autonomes, la chirurgie abdominale continue à être considérée comme à la portée de tous... Et en effet c'est toujours par les laparotomies que débute le jeune chirurgien. On lui apprendra plus vite à faire une appendicectomie qu'à ouvrir un panaris. Il osera affronter une péritonite appendiculaire mais non pas une hémorragie extra-durale ; il s'enhardira avant très longtemps à réséquer un estomac, mais non pas un pou-

mon. Et pourtant rien n'est plus loin des conclusions logiques auxquelles l'observation des faits devrait nous conduire. Car la chirurgie abdominale, c'est-à-dire, celle qui aborde la grande cavité splanchnique intra-péritonéale, qui ouvre la séreuse péritonéale, est la plus difficile et la plus grave. C'est celle qui requiert le plus de connaissances de toutes sortes et d'expérience... Aucun chirurgien ne contestera, que seule une pratique prolongée donne à l'opérateur, dans les méandres d'un abdomen, l'aisance et par conséquent la sécurité ».

L'auteur fait alors un exposé des connaissances qui restent encore à acquérir au point de vue de la physiologie des organes abdominaux, de leur sensibilité, génératrice de réflexes immédiats, secondaires ou tardifs, vasculaires ou secrétoires, et nous démontre ainsi, qu'il est des actes opératoires qui constituent de véritables agressions, dont il est souvent difficile de mesurer la portée. Il nous rappelle aussi, combien est mal connu le péritoine « dont on ignore ce qui commande ou freine ses réactions aussi bien que les lois qui président à l'absorption ou à la résorption péritonéale » ; nous met en garde contre une hémostase défectueuse car un hématome, susceptible en outre de s'infecter secondairement, ou de créer des troubles fonctionnels par sa seule présence, sera plus difficile à retrouver et à évacuer dans une cavité splanchnique, que dans des régions plus abordables.

M. R. SOUPAULT après avoir étudié l'acte opératoire en chirurgie abdominale s'intéresse ensuite à la préparation du malade à l'intervention, et aux soins post-opératoires.

« Ce n'est pas seulement au moment de l'acte opératoire que l'art et la science du chirurgien entreront en jeu ; mais avant et après.

Dans le préopératoire :

a) en étudiant complètement la valeur des organes, qui en équilibre apparent vont avoir à fournir un effort supplémentaire, peut-être au delà de leur marge de réserve fonctionnelle...

b) en réparant dans la mesure du possible les insuffisances et les déséquilibres, en augmentant les épargnes de toutes sortes : hydrates de carbone, eau, protides, hémoglobine, etc...

c) en entraînant l'organisme pour le préparer à l'épreuve, en assurant les fonctions intestinales par le régime approprié, la diurèse, les fonctions circulatoires, etc...

Dans le post-opératoire, s'exerce la sagacité et les capacités les plus précieuses du chirurgien. Trop, parmi les jeunes surtout, croient que c'est par leur technique opératoire qu'ils se distingueront. Rien n'est plus faux.

Le post-opératoire abdominal réclame du chirurgien non seulement des conceptions théoriques

très claires, mais un sens clinique averti. Il faut suivre l'opéré de très près, déceler les petits signes avertisseurs, avoir beaucoup de méthode mais aussi beaucoup d'ingéniosité. Accorder au bocal d'urine toute l'importance primordiale qu'il mérite, interpréter la soif ou l'agitation du malade, reconnaître la transpiration.

Au point de vue thérapeutique deux ordres de gestes capitaux :

a) éviter la distension gastro-intestinale par le sondage et l'aspiration continue.

b) réhydrater le sujet, c'est-à-dire, lui donner par voie parentérale (endoveineuse indispensable) l'eau et les électrolytes et aussi le sang dont il a un besoin absolu en quantité de plusieurs litres ».

L'auteur s'insurge contre le fait que la chirurgie digestive n'est pas toujours pratiquée dans les conditions optima, et il s'étonne qu'on n'y apporte pas une modernisation plus poussée du matériel, et les progrès scientifiques dont on entoure les autres branches de chirurgie spécialisée.

Il nous propose alors plusieurs réformes : et tout d'abord de « hiérarchiser » la chirurgie. « Créer de grands, beaux et solides centres, dotés proportionnellement à leur rôle où s'exécuterait la grande chirurgie... Les opérations de haute gravité y auraient lieu avec le maximum de ressources et de chances de succès aux mains d'hommes sélec-

tionnés. On pourrait y faire un enseignement supérieur, et aussi, de la recherche.

L'auteur nous parle ensuite des nécessités d'une révision de l'organisme de chirurgie, de sélection du personnel, etc..., en somme d'une spécialisation de la chirurgie digestive ; car écrit-il « en chirurgie abdominale, il faut insister sur l'anesthésie qui doit être réservée à des spécialistes, formés, non pas en trois mois, mais en deux ou trois ans ; insister sur le laboratoire existant spécialement dans chaque service. Un chimio-biologiste de qualité, entouré d'une équipe instruite, est aujourd'hui la main gauche du chirurgien de l'abdomen... pour la grande chirurgie abdominale, véritable aventure physiologique, les préparatifs, comme les suites de l'acte opératoire ont à être surveillés et guidés par l'homme de laboratoire penché sur ses dosages comme le pilote sur ses cadrans...

...Le sens clinique, dont il ne faut pas minimiser l'importance, ne doit pas être opposé aux données numériques du laboratoire. Il vacille sans elles, comme elles restent obscures sans lui.

De ce long exposé de M. R. SOUPAULT, il ressort que la chirurgie digestive mérite elle aussi d'être dégagée de la chirurgie générale, tout au moins, la grande chirurgie digestive. Elle nécessite en effet des moyens de diagnostic, la collaboration de spécialistes avertis : le broncho-scopiste, le radiologue, le biochimiste, le cardiologue, l'hématologiste, l'a-

nesthésiste. Les techniques employées sont des techniques perfectionnées et d'ailleurs toujours en évolution.

Attardons-nous, sur un temps important de l'intervention : l'anesthésie.

Dans quelles conditions est-elle pratiquée actuellement dans le service de clinique chirurgicale et du cancer de Toulouse ?

Dans l'article de M. le Professeur DUCUING du « Sud Chirurgical » déjà cité, nous lisons :« Tout d'abord l'anesthésie-réanimation est parfaitement installée dans notre service. Tous les modes d'anesthésie sont employés, mais notre prédilection actuelle va au pentothal-curare-oxygène.

Ensuite, l'enseignement de l'anesthésie-réanimation est organisé. Il existe un Institut où les candidats suivent un enseignement théorique et pratique d'une durée de deux ans comportant des tours de garde hebdomadaires obligatoires de 24 heures pour les élèves anesthésistes, qui assurent, par ailleurs, les anesthésies de mon service.

Nous défendons la nécessité de ne confier la spécialisation qu'à des médecins et nous restons fermes sur ce point de vue, contre la tendance parisienne.

Qu'est-ce qui nous a permis cette organisation ?

C'est tout d'abord la compétence et le dévouement de mes collaborateurs, qui ont passé un an

chez les meilleurs anesthésistes des U.S.A. et du Canada. C'est ensuite la confiance de nos collègues qui nous ont facilité la création de l'Institut. C'est enfin la générosité d'Organismes Français ou Américains qui nous ont aidé dans l'achat d'appareils ».

Dans le service, existe pour chaque malade une feuille d'observation d'anesthésie, comprenant :

1° *Un examen préopératoire* avec l'étude complète des différents appareils, l'évaluation du risque opératoire (Tests d'endurance respiratoire - Tests de résistance cardio-vasculaire), les examens de laboratoire et la conclusion tirée quant au risque opératoire couru par le malade.

2° *L'observation au cours de la période d'anesthésie :* Tension artérielle, pouls, respiration ; les réactions du malade au cours des périodes, initiale, d'induction, d'excitation ; au cours de la phase chirurgicale ; la technique anesthésique elle-même.

3° *La période post-opératoire :* température, urines, respiration, thérapeutique mise en jeu, instructions post-opératoires, les examens post-opératoires des différents appareils, les résultats de laboratoire à ce stade, et les conclusions tirées.

Quel est l'anesthésique utilisé le plus fréquemment en chirurgie digestive dans le service :

On a recours le plus souvent, nous l'avons vu, à l'Association pentothal-curare-oxygène, sous perfu-

sion de sang ou de plasma. Cette association est en effet le mélange anesthésique idéal, dans les interventions de longue durée, pour toute la chirurgie abdominale.

Rappelons les avantages du pentothal :

— Induction agréable au malade qu'elle dispense du contact, toujours pénible, avec un masque.

— Induction rapide et s'effectuant sans phase d'agitation.

— Absence d'irritation des voies respiratoires.

— Elimination accélérée, donc réveil rapide, souvent sur la table d'opération, si l'anesthésie n'a pas été trop poussée.

— Réveil sans agitation.

— Rareté des vomissements post-anesthésiques.

— Le malade ne garde aucun mauvais souvenir de l'anesthésie, ce qui est très appréciable lorsqu'il doit y avoir des temps successifs.

— Le pentothal, barbiturique soufré, est peu toxique pour la cellule hépatique.

— Enfin, à condition de s'entourer de précautions maintenant bien classiques, l'anesthésie au pentothal, on peut le dire, n'est pas dangereuse.

Malgré tous ces avantages qui font que le pentothal est certainement le mode d'anesthésie le plus apprécié des malades, les auteurs ne l'utilisent seul, que pour des interventions de courte durée, pour la chirurgie des membres ou pour des opérations

abdominales mineures (hernies ou appendicites). Le relâchement musculaire obtenu par le seul barbiturique serait généralement insuffisant pour de grandes interventions abdominales, ou tout au moins les doses d'anesthésique nécessaires risqueraient d'être trop importantes. Si bien que des auteurs éminents, déconseillent l'usage du pentothal pour une anesthésie prolongée.

L'adjonction du curare, en paralysant le système musculaire, donne un relâchement inégalable et aussi une anesthésie générale à minima.

Le curare est antichoc. Le curare, enfin, en potentialisant, permet de réduire la dose utile d'anesthésique.

La chirurgie digestive nécessite enfin des spécialistes sachant interpréter les épreuves diagnostics, connaissant les techniques standards, et elle donne des résultats d'autant meilleurs que l'organisation d'ensemble du service est meilleure.

Les résultats obtenus au cours de l'année 1950, vont nous montrer, que dans le service de clinique chirurgicale et du cancer de Toulouse, ces diverses conditions sont toutes réalisées.

TROISIÈME CHAPITRE

BILAN D'UNE ANNEE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

Nous étudierons ce bilan dans le détail des rubriques suivantes :

1° chirurgie de l'œsophage.
2° chirurgie des ulcères gastriques.
3° chirurgie des cancers gastriques.
4° chirurgie du gros intestin.
5° chirurgie biliaire et pancréatique.
6° chirurgie d'affections diverses.

1° CHIRURGIE DE L'ŒSOPHAGE : 14 *cas*

— *Diverticules épiphréniques :* 2 cas : 1 diverticulo-gastrostomie : 1 décès.
1 abstention opératoire.

— *Hernie de l'hiatus œsophagien :* 1 cas : cure par voie thoracique.

— *Mega-Œsophage :* 1 cas : opération de HELLER : 1 décès.

Cancer : 10 cas :

Abstention opératoire : 1 cas.

Thoracotomie exploratrice : 3 cas.

Résection de l'œsophage par voie thoracique : 3 cas.

Gastrostomie : 3 cas, 3 décès.

Que ressort-il de cette étude ?

C'est que sur 14 cas, le cancer domine par sa fréquence puisqu'il est retrouvé 10 fois. Il a pu être utilement traité par résection œsophagienne dans trois cas seulement, avec des suites opératoires très simples. Tous les autres malades étant adressés au stade terminal.

Que conclure, sinon qu'il faut opérer le cancer de l'œsophage ? C'est d'ailleurs, le titre donné à un article de M. le Professeur DUCUING (Extrait du Toulouse Médical de janvier 1951).

« Le cancer de l'œsophage est incurable. Les agents physiques n'ont qu'une action frénatrice de courte durée. Le rôle de la chirurgie se limite à la gastrostomie palliative ». Tels étaient, à peu près, les principes qui furent inculqués à des générations de médecins et nombreux sont ceux qui considèrent encore le diagnostic de cancer de l'œsophage comme l'équivalent d'une mort sans appel et prochaine... Pour n'envisager que la chirurgie, des progrès considérables ont été accomplis depuis une dizaine d'années dans le domaine de la techni-

que opératoire, de l'anesthésie réanimation et, à l'heure actuelle, il faut réformer la notion longtemps classique de l'incurabilité du cancer de l'œsophage.

« La chirurgie d'exérèse peut guérir de façon définitive un certain nombre de cancers œsophagiens » ; telle est la notion nouvelle qui doit désormais prendre place dans les traités classiques... Deux faits fondamentaux constituent un plaidoyer en faveur de la chirurgie dans le traitement des néoplasmes œsophagiens.

1° *Aucune statistique de traitement par les agents physiques ne peut faire état de guérisons durables.* Que la tumeur soit irradiée de façon « excentrique », à l'aide d'une sonde porte-radium, ou de façon « concentrique » par roentgenthérapie pénétrante, l'œsophage est un organe trop profond pour une irradiation homogène et suffisante.

2° *D'importantes statistiques d'œsophagectomies pour cancer, publiées aux Etats-Unis en particulier, peuvent dès maintenant faire état de survies prolongées et même d'authentiques guérisons.* En France, les chirurgiens qui ont pu réaliser les conditions techniques indispensables pour « s'attaquer » au cancer de l'œsophage, ont également enregistré des succès qui seraient plus nombreux encore si les malades se présentaient dans de meilleures conditions locales et générales. Ceci viendra, sans doute, avec le perfectionnement des moyens d'investiga-

tion et la collaboration plus avertie de tous ceux, médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et radiologues qui doivent contribuer au diagnostic précoce du cancer de l'œsophage. En somme : échec total de la thérapeutique par les radiations, premiers succès de la chirurgie d'exérèse, tels sont les arguments qui doivent inciter à opérer le cancer de l'œsophage. Ces notions doivent, et peuvent être diffusées en toute conscience.

...La chirurgie du cancer extirpable de l'œsophage a des exigences impérieuses qui en font, encore pour longtemps, une chirurgie de centres spécialement équipés pour l'aborder. Ce serait une lourde erreur de conseiller à tout chirurgien général, même expérimenté, de tenter la résection d'un cancer de l'œsophage.

La notion essentielle que nous voulons souligner dans ce chapitre, est qu'il s'agit d'une chirurgie d'équipe dans laquelle le chirurgien le plus habile n'enregistrerait que des échecs s'il n'était entouré de collaborateurs éduqués et entraînés.

— C'est à l'anesthésiste-réanimateur qu'incombe le rôle fondamental de bien préparer le futur opéré, de s'assurer d'un niveau suffisant de résistance générale avec le concours du cardiologue, de l'hématologiste, du biochimiste. C'est à l'anesthésiste-réanimateur qu'incombent l'anesthésie constamment contrôlée, la réinsufflation du poumon, qui, en déplissant périodiquement les alvéoles, réalise

la prophylaxie de l'atélectasie post-opératoire. C'est lui encore qui doit s'assurer le concours d'une banque de sang bien fournie pour perfuser du sang pendant toute la durée de l'opération et éventuellement, après celle-ci. Enfin son rôle se poursuit pendant les deux premiers jours de la période post-opératoire au cours desquels l'opéré doit être constamment surveillé. Ainsi le rôle de l'anesthésiste-réanimateur est fondamental dans la chirurgie œsophagienne ; ses attributions sont si nombreuses et si lourdes qu'il doit lui-même s'entourer d'une véritable équipe de réanimation dont les membres travaillent simultanément ou successivement afin que la surveillance de l'opéré ne soit jamais interrompue.

Nous serons plus bref sur le rôle de l'équipe chirurgicale proprement dite, sur la nécessité de plusieurs aides expérimentés, entraînés aux sutures digestives et respectant les règles fondamentales de la chirurgie, lente, méthodique, contrôlant parfaitement l'hémostase.

Ajoutons enfin, qu'une intrumentation spéciale est nécessaire pour cette chirurgie, qui ne peut s'accommoder ni des écarteurs, ni des aiguilles à suture, utilisés dans la chirurgie abdominale courante.

...La chirurgie du cancer de l'œsophage est en somme une chirurgie de collaboration, dans laquelle le rôle de chacun est également méritoire puisqu'il suffit de la défaillance de l'un quelconque des

rouages de l'ensemble pour transformer en échec ce qui pouvait être un succès.

2° Chirurgie des ulcères gastriques :

Traitement médical	7 cas	55 *cas*
Laparotomie exploratrice	3 cas	
Gastrectomie type Finsterer	28 cas	
type Polya	6 cas	
— type Pean	6 cas	
Dégastro-gastrectomie	3 cas	
Jéjuno-jéjunostomie	2 cas	

La chirurgie est réservée aux ulcères pour lesquels le traitement médical a été inopérant, aux ulcères graves, térébrants ou hémorragiques, et évidemment au lésions ayant entraîné une perforation, ou faisant craindre une dégénérescence néoplasique.

Nous relevons sur les 45 interventions curatrices 40 gastrectomies, 3 dégastro-gastrectomies, 2 jéjunojéjunostomies, toutes couronnées de succès. Par contre, pas une seule gastro-entérostomie. Il est en effet bien certain, que la gastro-entérostomie, surtout au bouton, n'est qu'un pis-aller. Il faut toujours pratiquer une gastrectomie large. Elle est couramment réalisée dans les grands services de clinique chirurgicale. Sa technique est précise et sûre, puisque sur 43 interventions, il n'existe pas un seul échec, avec des opérateurs différents. Elle constitue un succès incontestable de la chirurgie

d'équipe, et de routine. Nous appelons chirurgie « de routine » celle dont les techniques sont parfaitement réglées.

3° CHIRURGIE DES CANCERS GASTRIQUES :

Laparotomie exploratrice	13 cas	25 *cas*
Gastro-entérostomie	2 cas	
Gastrectomie subtotale	8 cas	
Gastrectomie totale	2 cas	

L'efficacité du traitement chirurgical du cancer de l'estomac est essentiellement fonction de la précocité du diagnostic.

Les résultats obtenus seront donc beaucoup plus le fait du médecin dépisteur, du radiologue, que du chirurgien. Ceci explique que voyant la lésion à un stade beaucoup trop avancé, bien souvent, le chirurgien doit se borner à une laparotomie exploratrice (13 fois dans ce relevé, soit plus de 50 % des cas) ou à une gastro-entérostomie (2 cas).

On a pu pratiquer la gastrectomie subtotale à titre palliatif, dans 8 cas, la gastrectomie totale dans 2 cas seulement, soit 8 %.

Quels sont les principes qui régissent les indications thérapeutiques dans le service de clinique chirurgicale et du cancer de Toulouse :

Nous les trouvons dans un article de M. le Professeur DUCUING, M. le Professeur GRIMOUD, MM LAPEYRÈRE et GÉDÉON :

« Ne pouvant utilement agir sur les conditions de recrutement des malades, puisque le diagnostic précoce reste du domaine des médecins dépisteurs et des radiographes, nous avons pu seulement élargir nos techniques et préciser nos indications :

1° Nous nous sommes abstenus de toute intervention chez les cancéreux avancés, cachectiques, ascitiques, présentant des métastases hépatiques palpables, un ganglion de Troisier, un ictère, etc...

2° Nous avons pratiqué une laparotomie exploratrice dans tous les cas où nous espérions pouvoir réaliser une opération utile.

3° Nous avons fait une gastro-entérostomie dans les cancers pyloriques inextirpables et sténosants.

4° Nous avons eu recours à la gastrectomie large dans trois conditions différentes :

a) dans les cas où les faibles dimensions macroscopiques de la lésion laissaient subsister un doute sur sa nature maligne.

b) dans les cas de certains cancers incurables, où nous avons voulu, par une opération à visée purement palliative, supprimer une ulcération néoplasique, source d'hémorragie quotidienne, et améliorer ainsi la qualité et la durée de la survie.

c) enfin dans les cas, où le cancer paraissant extirpable, l'état général précaire du malade interdisait une intervention plus importante.

5° Nous avons considéré la gastrectomie totale comme l'opération de choix pour les cancers antro-pyloriques même de petite dimension, mais de diagnostic certain, quand l'état général permettait cette intervention.

6° Nous n'avons pas hésité à élargir la gastrectomie subtotale ou totale par des exérèses complémentaires pour des cancers gastriques propagés aux organes voisins : transverse, rate, pancréas, lobe gauche du foie, duodéno-pancréas et parfois à combiner entre elles ces diverses opérations élargies ».

Ces résultats, font ressortir que les progrès en matière de chirurgie du cancer gastrique, ne peuvent être fondés sur l'amélioration des techniques opératoires.

L'avenir de cette chirurgie est surtout entre les mains de ceux, médecins-dépisteurs, radiologues, dont les efforts peuvent permettre un diagnostic plus précoce.

4° Chirurgie du gros intestin :

A) *Chirurgie des colons :* 14 cas

Cancer du colon droit : 3 cas.

Hémicolectomie droite *en* 1 *temps* 2 cas
Iléosigmoïdostomie palliative . .. .. 1 cas
1 décès

Cancer du colon gauche : 7 cas

Colectomie gauche *en 1 temps* . . . . . 3 cas
Colectomie gauche *en 2 temps* . . . . 1 cas
Cœcostomie, suivie d'anus iliaque gauche . . . . . 2 cas
Anus iliaque gauche . . . . . 1 cas

Cancer du colon transverse : 3 cas

Colectomie *en 1 temps* . . . . . 1 cas
Cœcostomie, puis iléosigmoïdostomie 1 cas
Cœcostomie, puis iléosigmoïdostomie 1 cas
1 décès

Sigmoïdite : 1 cas

Colectomie gauche avec suppression d'anus iliaque gauche.

Nous trouvons dans cette rubrique (13 cancers sur 14 cas) avec 6 colectomies pratiquées *en 1 temps*, 2 colectomies pratiquées *en 2 temps*.

La tendance actuelle de la chirurgie des cancers coliques est marquée par ce mode d'intervention en un seul temps, qui est devenu possible dans un nombre important de cas.

Dans un article du « Sud Médical et Chirurgical », du 31 octobre 1950, M. le Professeur GRIMOUD, MM. GÉDÉON et BRUS écrivent :

« L'intervention en un temps est devenue possible dans la chirurgie des cancers coliques pour un nombre important de cas. Cette évolution ressort de nombreuses publications françaises et étrangè-

res et justifie la nécessité de rajeunir les conceptions anciennes...

...Il importe me semble-t-il, d'essayer de dégager les conditions qui nous ont conduit à pratiquer le plus souvent possible la colectomie en un temps.

Nous serons brefs sur les progrès de l'anesthésie-réanimation, bien qu'il faille nécessairement ouvrir ce chapitre, dès que l'on parle des progrès de la chirurgie moderne pour quelque branche que ce soit. Nos opérés arrivent mieux préparés à l'intervention : les tares cardiaques, hépatiques, rénales évenventuelles ont été dépistées et corrigées et l'utilisation du « cocktail » pentothal-curare-oxygène, sous perfusion de sang ou de plasma rend nulle la mortalité par shock opératoire et nous permet de réaliser sans appréhension des interventions de longue durée ; notre avant-dernière colectomie gauche fut faite chez un homme de 83 ans.

Nos opérés sont, aussi, mieux surveillés et ceci est encore à porter au crédit de l'anesthésie-réanimation.

C'est dans la meilleure préparation de l'intestin qu'il faut voir, pensons-nous, le progrès essentiel : voici ce que nous faisons :

Nos futurs opérés sont soumis à un régime très strict pendant les huit jours qui précèdent l'intervention. Ce régime exclut en particulier tous les

aliments à riche support cellulosique qui laissent un important résidu ; les viandes et les œufs sont supprimés les trois derniers jours ; l'alimentation se compose de boissons sucrées abondantes, de bouillon de viande et de légumes, de gelées de fruits. Ce n'est point perdre son temps que d'inculquer au malade la nécessité absolue de ce régime draconien. Pendant cette même période de huit jours, l'évacuation intestinale régulière est assurée par une petit dose d'huile de paraffine absorbée chaque soir et par un lavement quotidien. Enfin le malade absorbe chaque jour, en cinq prises, 5 gr. de sulfamide à action élective sur les germes intestinaux.

Pénicilline et streptomycine (et maintenant auréomycine) sont commencées la veille de l'intervention et seront continuées pendant les cinq jours suivant celle-ci.

Ainsi le malade arrive le plus souvent avec un intestin propre et parfois totalement vide.

Le dernier progrès qui conditionne la chirurgie colique en 1 temps, réside dans la technique particulièrement soignée de l'anastomose ; elle est précédée des manœuvres de décollement colo-pariétal qui éviteront toute traction sur les sutures ; l'intestin voisin de la fumure anastomose est débarrassé de tous les appendices épiploïques et soigneusement « paré ».

L'anastomose est réalisée selon le mode latéro-terminal avec fermeture en cul-de-sac du bout supé-

rieur et implantation sur sa convexité, au niveau d'une bandelette, de l'extrémité du bout inférieur. L'anastomose est faite en trois plans, à points séparés, avec des aiguilles atraumatiques, sans aucune colostomie, ni iléostomie de décharge.

Est-il besoin d'ajouter qu'un petit drain est laissé dans la majorité des cas, à côté de l'anastomose ; un drainage plus large nous paraît obligatoire s'il y a eu d'importantes manœuvres de décollement colo-pariétal et en particulier à la fin de l'hémicolectomie droite...

...La chirurgie colique apparaît comme une des plus belles conquêtes d'une époque qui est celle de l'anesthésie-réanimation, celle des antibiotiques, celle de la chirurgie lente et minutieuse, et des techniques précises ne laissant rien au hasard.

De ces divers progrès combinés, la chirurgie colique est l'une des principales bénéficiaires.

B) *Chirurgie du Rectum :*

Cancer du rectum : 12 cas

1° Chirurgie palliative : anus iliaque gauche définitif .. .. 3 cas

2° Chirurgie d'exérèse :
Amputation du rectum .. .. 5 cas
Résection abdominale : type Hartmann .. .. 1 cas

Résection abdomino-sacrée	1 cas
Résection abdominale pure	1 cas
Résection abdominale plus hystérectomie totale	1 cas
Polype du rectum dégénéré : exérèse simple	1 cas
Rectocolite hémorragique : anus iliaque gauche	1 cas
Fermeture anus iliaque gauche	3 cas

Sur 12 cas de cancer du rectum opérés, 1 seul décès, tel est le bilan essentiel de la chirurgie du rectum pour l'année 1950.

Or, on n'ignore pas le résultat déplorable que donnait cette chirurgie il y a seulement quelques années.

La chirurgie d'exérèse a de plus en plus pris la place de la chirurgie palliative. De plus, la conservation sphinctérienne est préférée chaque fois qu'elle est réalisable sans risque de récidive, c'est-à-dire pour tous les cancers situés à plus de 6 cm. de l'anus. Dans tous les autres cas d'exérèse, c'est une amputation abdomino-sacrée, avec anus terminal iliaque gauche qui est pratiquée.

Ces acquisitions récentes ont amené une nette amélioration des résultats opératoires.

Nous nous sommes déjà longuement étendus sur la meilleure préparation des malades, sur la désin-

fection de l'intestin, sur les progrès considérables faits par l'anesthésie et la réanimation, sur la valeur à accorder aux soins pré et post-opératoires.

Mais il est deux acquisitions plus importantes encore :

C'est d'une part : l'augmentation du nombre des résections.

C'est d'autre part : ainsi que nous l'avions signalé à propos de la chirurgie colique, la tendance à pratiquer les opérations *en* 1 *temps*.

5° CHIRURGIE BILIAIRE ET PANCRÉATIQUE : 24 *cas*

Cancers : 4 cas.

Cancer du canal hépatique { cholécystostomie, cholécysto-duodénostomie { 1 cas, 1 décès

Cancer de la tête du pancréas : intervention en 2 *temps*, 2 cas, 2 décès ; intervention exploratrice : 1 cas, 1 décès.

Lithiase : 13 cas

Calculs du cholédoque : 4 cas

drainage de KEHR : 1 cas, 1 décès
cholédocotomie idéale : 1 cas
cholécystectomie plus duodénotomie : 1 cas
cholédocotomie plus cholédoco-duodénostomie : 1 cas

Cholécystectomie pour lithiase : 6 cas

Cholécystostomie plus ablation de calcul vésiculaire : 1 cas

Traitement médical : 2 cas

Ictère :

Pas d'obstruction de la voie principale

cholécystectomie :
cholédocotomie : } 1 *cas*

Dystonie biliaire : 6 cas

Traitement médical : 1 cas

Interventions avec radio-manométrie : 5 cas.

Au point de vue du cancer des voies biliaires et du pancréas, le bilan opératoire se révèle des plus sombres. Sur 4 interventions dont 3 pour cancers de la tête du pancréas et 1 pour cancer du canal hépatique, ce bilan se chiffre par 4 insuccès.

Au point de vue de la Lithiase biliaire 13 cas ont été traités chirurgicalement. Avec un seul insuccès.

Mais surtout il se dégage de cette statistique l'intéressante notion des interventions avec radio-manométrie pratiquée dans tous les cas de lithiase des voies biliaires et aussi dans les cas de dystonie biliaire.

Que demande-t-on à cette nouvelle technique, que peut-on en attendre du double point de vue diagnostic et thérapeutique ?

« Il faut considérer l'exploration radio-manométrique per-opératoire comme le progrès le plus marquant qu'ait enregistré la chirurgie biliaire au cours de ces dernières années, nous dit M. le Professeur GRIMOUD dans un article traitant de cette question en collaboration avec MM. LAPEYRÈRE et BRUGUIER. Et il continue en ces termes :

« Nous avons adopté depuis deux ans, dans le Service de notre Maître, le Professeur DUCUING, l'exploration radiomanométrique selon MALLET-GUY, telle que nous l'avons vu pratiquer à Lyon dans le Service de cet auteur. Les raisons qui ont déterminé ce choix sont la simplicité de la méthode qui fournit, dans un délai relativement court, des renseignements permettant de poser une indication thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire exacte et complète. Elle a pour but de pallier aux fréquents échecs des interventions biliaires, etc... échecs qu'expliquent aisément, la frquence des associations pathologiques (lésions organiques ou troubles fonctionnels) en pathologie biliaire et la difficulté de leur dépistage précis et complet même par l'exploration instrumentale des voies biliaires ou leur examen macroscopique le plus méthodique pratiqué au cours de l'intervention.

« Le plus souvent, il y a concordance absolue entre les données de cette exploration et les images cholangéiographiques ; mais la radiographie fixe les voies biliaires à un moment donné ; au contraire, la manométrie, enregistrement graphique d'une épreuve d'hyperpression plusieurs fois répétée, donne des renseignements extemporanés sur le tonus des divers segments et sur le jeu des divers sphincters de l'arbre biliaire. Comment refuser, dès lors, toute valeur à des courbes qui, pour un malade donné et dans des conditions données, se reproduisent, toujours identiques à elles-mêmes, avec la rigueur d'une expérience de physiologie ?

En pathologie fonctionnelle des voies biliaires, la manométrie est une épreuve particulièrement importante, sans laquelle il n'est pas possible d'identifier les perturbations variables et diversement associées dont les voies biliaires peuvent être le siège ».

(Une particularité est à noter dans les interventions biliaires sous contrôle manométrique : on ne peut pratiquer l'anesthésie au penthotal-curare, ni utiliser soit la morphine, soit l'atropine en raison de l'action pharmacodynamique de ces différents anesthésiques sur l'appareil musculaire des voies biliaires).

L'intérêt de la double exploration dans la lithiase de la voie principale est bien montré par l'observation suivante qui est extraite de l'article précité :

« Chez une jeune femme dont la vésicule bourrée de petits calculs est enlevée, le contrôle de la voie principale (résiduelle à 35 gros cholédoque), permet d'affirmer l'existence d'un obstacle sur le segment terminal du cholédoque ; un micro-calcul est enlevé par duodénotomie. A l'opposé, il y a trois observations de malades antérieurement cholécystectomisés sans contrôle (deux fois par nous-mêmes, avant que nous disposions de l'installation) et qui conservaient des calculs oubliés dans le cholédoque ».

Et l'auteur dans sa conclusion met en évidence l'intérêt indéniable de cette nouvelle technique d'exploration : « Notre courte expérience du contrôle radiomanométrique en chirurgie biliaire nous a convaincu qu'en dépit des progrès encore à accomplir, ce contrôle mettait à notre disposition des renseignements utiles, comblant souvent les lacunes des explorations pré-opératoires et même des investigations directes per-opératoires. Il est, à l'heure actuelle, le meilleur procédé dont nous disposions pour identifier et étudier les troubles fonctionnels des voies biliaires.

C'est pourquoi il justifie pleinement l'effort technique qu'exige, pour un chirurgien, l'installation du dispositif radiomanométrique dans sa salle d'opération et l'interprétation des courbes d'enregistrement manométrique et des images cholangéiographiques.

6° Chirurgie d'affections diverses :

A) *Intestin grêle :* 9 cas

Occlusion par bride	4 cas
Volvulus du grêle	2 cas
1 décès par fistule du grêle	
Section du jéjunum par contusion . .	1 cas
Sarcome du jéjunum	1 cas
Bacillose jéjunale et iléale	1 cas

B) *Appendice iléo-cœcal :* 113 cas

Appendicites aiguës	27 cas
Appendicites aiguës refroidies	5 cas
Appendicites aiguës plus Péritonite appendiculaire	3 cas 1 déc.
Appendicite chroniques	77 cas
Appendicites chroniques suivies de fistule cœcale	1 cas

C) *Anus :* 4 cas

Fistules anales (extra-sphinctériennes).	2 cas
Hémorroïdes	2 cas

D) *Hernies :* 34 cas

Inguinales (étranglées dans 2 cas)	25 cas
Crurales (étranglées dans 2 cas)	7 cas
Epigastriques	2 cas

E) *Eventrations post-opératoires :* 9 cas

1 cas éventration étranglée . . . . . 1 décès

F) *Foie :* 2 cas

Plaie du foie par contusion (suture) . . 1 cas

Cancer primitif du foie (laparotomie exploratrice) . . . . . 1 cas

G) *Rate :* 2 cas

Maladie de Banti . . . . . 2 cas

(1 splénectomie par voie abdominale)

(1 splénectomie par voie thoracique)

H) *Ascite :* 2 cas

2 drainages péritonéo-sous-cutanés . . 2 cas

1 décès

Tableau récapitulatif

des interventions pour l'année 1950

1. *Œsophage*	14 cas	4 décès
2. *Estomac* : 55 ulcères 25 cancers.	80 cas	
3. *Intestin grêle*	9 cas	1 décès
4. *Appendicites*	113 cas	1 décès
5. *Colons*	14 cas	2 décès
6. *Rectum*	17 cas	1 décès
7. *Anus*	4 cas	
8. *Hernies*	34 cas	
9. *Eventrations*	9 cas	1 décès
10. *Foie*	2 cas	
11. *Voies biliaires et pancréas*	24 cas	5 décès
6 dystonies 1 ictère 13 lithiases 4 cancers		
12. *Rate*	2 cas	
13. *Ascite*	2 cas	1 décès
Total	324 cas	16 décès

CONCLUSIONS

Nous avons essayé de donner une idée précise des méthodes employées, des conceptions nouvelles envisagées dans un grand service de chirurgie. Nous avons ensuite donné le bilan détaillé des résultats et exposé les quelques enseignements qui nous semblent en découler.

Que ressort-il de cette étude ?

I. - Que l'évolution de la chirurgie tend à se faire inévitablement dans la spécialisation ; cette dernière est devenue nécessaire, car les techniques se compliquent, car les indications sont plus larges. Le même homme ne peut réunir toutes les connaissances actuelles dans les différents domaines. La conception du Chirurgien-Dieu, du surhomme, doit faire place à celle du chirurgien limitant sa zone d'activité, pour en connaître tous les pièges et toutes les possibilités. On aboutit ainsi à des résultats incontestablement supérieurs.

Mais en contre-partie, est née la nécessité du travail en équipe, avec l'étroite collaboration du clinicien, du biologiste montrant les déséquilibres humoraux, de l'anesthésiste-réanimateur, etc...

II. - A) Que les affections œsophagiennes doivent être opérées et opérées tôt : sur 10 cancers de l'œsophage on n'a pû traiter par résection, que 3 cas seulement, tous les autres malades étant à un stade trop avancé.

B) Que la chirurgie de l'ulcère de l'estomac n'est plus, loin de là, une chirurgie d'exception ; qu'elle est devenue une chirurgie bénigne : 45 interventions curatrices, toutes couronnées de succès.

C) Que l'avenir en matière de chirurgie du cancer de l'estomac est entre les mains de l'omnipraticien, qui devra s'efforcer de faire des diagnostics précoces, au stade de tumeur opérable.

D) Que la tendance actuelle en chirurgie colique est, à pratiquer l'opération en un temps, et qu'en matière de chirurgie du rectum la chirurgie d'exérèse remplace de plus en plus la chirurgie palliative, ce qui a amélioré considérablement les résultats opératoires.

E) Que la chirurgie biliaire s'est enrichie récemment de l'exploration radio-manométrique pratiquée en cours d'interventions ; cette technique permettant de préciser les indications thérapeutiques et permettant le dépistage précis et complet des lésions organiques ou fonctionnelles des voies pancréatico-biliaires.

III. - Que sur 324 interventions pour l'année 1950 (et il s'agit d'une majorité d'interventions aux

techniques les plus délicates, exigeant les soins les plus minutieux), nous notons seulement 16 décès.

Il est inutile d'épiloguer longuement devant de pareils résultats. Nous avons déjà dit à quoi ils sont dus : l'organisation parfaite d'un service sous les ordres du Chef, entouré de son équipe chirurgicale, de ses divers spécialistes, de ses infirmières, etc...

A tous les échelons une discipline, un but commun : le malade.

Faire reculer de plus en plus l'impossibilité d'agir utilement en cherchant dans des entreprises nouvelles les moyens de rendre vraiment service au malade. « On ne progresse jamais en se concentrant sur les méthodes du temps passé ; c'est en les renouvelant dans l'ordre et la mesure, que, tout en restant vraiment classique on parvient à créer un état de choses nouveau et à établir une tradition pour les âges futurs ». (Professeur LERICHE, leçon inaugurale à la Faculté de Médecine de Strasbourg).

VU : *Le Président de Thèse :* DUCUING

VU : *Le Doyen :* LEFEBVRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 29 Juin 1951

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Congrès Français de Chirurgie, année 1947 :

« Discours d'ouverture de la séance du lundi 6 octobre 1947 », par M. le Professeur BAUMGARTNER, Président du Congrès Français de Chirurgie.

Revue de Chirurgie, mai-juin 1951 :

« Essai sur l enseignement spécialisé de la Chirurgie abdominale », par M. le Professeur SOUPAULT.

Toulouse Médical de janvier 1951 :

« Il faut opérer le cancer de l'œsophage », par M. le Professeur DUCUING.

Sud-Médical et Chirurgical du 31 *octobre* 1950 :

« Tendance et directive dans un service de clinique chirurgicale », par M. le Professeur DUCUING.

« Tendances actuelles de la chirurgie des cancers coliques », par M. le Professeur GRIMOUD, MM. GÉDÉON et BRUS.

« Les enseignements de deux années de Chirurgie biliaire sous contrôle radiomanométrique »,

par M. le Professeur GRIMOUD, MM. LAPEYRÈRE et BRUGUIER.

La Semaine des Hôpitaux de Paris, du 2 mars 1949:

« Les acquisitions nouvelles dans le traitement des cancers du rectum », par M. le Professeur DUCUING.

La Chirurgie à l'ordre de la vie :

« L'avenir de la chirurgie », par M. le Professeur René LERICHE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 11

PREMIER CHAPITRE :

Tendance actuelle de la chirurgie 15

DEUXIÈME CHAPITRE :

Généralités sur la chirurgie digestive 21

TROISIÈME CHAPITRE :

Bilan d'une année de Chirurgie Digestive .. 31

Tableau récapitulatif des interventions pour l'année 1950 52

CONCLUSION 53

BIBLIOGRAPHIE 57